

ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МИРИНГОПЛАСТИКИ ПРИ «СУХОМ» ТОТАЛЬНОМ МЕЗОТИМПАНИТЕ

Эль-Рефай Хусам, Куницкий В.С., Немцов М.Л.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. При проведении операции мирингопластики хирург сталкивается с определенными техническими сложностями, связанными с анатомическими и клиническими особенностями: передне-краевые дефекты, тотальные и субтотальные перфорации, экзостоз или выстояние передней стенки наружного слухового прохода (1,2).

Неудачи мирингопластики у этих больных нередко связаны с затуплением или утерей переднего меато-тимпанального угла (« blunting effect»- Packer et.al.,1982 [3]), имеющего важное значение в физиологии проведения звука.

Цель работы ЛОР клиники ВГМУ - разработка метода мирингопластики при тотальном дефекте барабанной перепонки.

Материалы и методы. Мирингопластика производится заушным доступом под эндотрахеальным наркозом. Заушный подход обеспечивает хороший обзор, позволяет надежно уложить трансплантат в переднем отделе, а также одновременно произвести заготовку фасциального трансплантата. Он особенно эффективен при большой перфорации и узком наружном слуховом проходе.

После разреза кожи по заушной складке до кости и отсепаровки мягких тканей до фасции височной мышцы обнажается участок фасции, подлежащий забору. Затем, проколов иглой нижние отделы Фасции, между ней и височной мышцей вводится 2 мл новокаина (гидропрепаровка). После чего с помощью скальпеля и глазного линцета изымается участок височной фасции в верхнем ее углу. Кровотечение останавливается диатермокоагулятором.

Мягкие ткани с надкостницей отслаиваются кпереди до отчетливого обозрения надпроходной ости, задне-верхней стенки наружного слухового прохода и височной линии. В наружный слуховой проход вводим турунду длиной 10 см (во избежание травмирования передней стенки), затем на уровне надпроходной ости производится поперечный разрез кожи задней стенки наружного слухового прохода. Удаляется турунда и накладывается ранорасширитель, после чего барабанная перепонка и края пер-

форации становятся хорошо обозримыми. Последующие этапы операции производится под операционным микроскопом.

Технической особенностью операции является формирование меато-эпидермального лоскута с одновременной дезэпидермизацией барабанной перепонки, для чего микроиглой производится рассечение наружного эпидермального слоя барабанной перепонки по ходу рукоятки молоточка с последующим продолжением разреза на кожу верхне-задней стенки наружного слухового прохода. Микрораспатором и вакуумным отсосом осторожно отслаивается меато-эпидермальный лоскут на нижней ножке, при откидывании которого кпереди и книзу осуществляется дезэпидермизация задне-верхних отделов барабанной перепонки. Затем, начиная от периферии, в направлении к центру перфорации удаляется эпидермис с поверхности передне-нижних отделов тимпанальной мембраны. Таким образом, подготавливается надежное раневое «ложе» для укладки трансплантата.

Затем на раневое "ложе" - дезэпидермизированные остатки барабанной перепонки, фиброзного кольца и дектированные отделы костной части наружного слухового прохода- укладывается хрящевой аллотрансплантат овальной формы, размеры которого на 0,5 мм больше перфорации. Таким образом, хрящевая пластинка, уложенная на остатки фиброзного кольца, имитирует каркас новой барабанной перепонки, занимая присущее ей наклонное физиологическое положение, сохраняя «передний угол» барабанной перепонки в сторону наружного слухового прохода. Благодаря незначительной толщине хрящевой пластинки под увеличением операционного микроскопа x10, x16 удается оптимально осмотреть просвечивающие через хрящ структурные элементы «лож», на которые он укладывается без риска его дислокации.

Фасциальный аутоотрансплантат превышает размеры аллохрящевого трансплантата на 1-1,5 мм и укладывается сверху на хрящ и прилежащие отделы дезэпидермизированной барабанной перепонки. По ее периферии в задних отделах фасция прикрывается меато-эпидермальным лоскутом. Периферические отделы аллохряща и аутофасции фиксируются смещением меатального лоскута с прикрытием им большей площади трансплантата. Фиксация двухслойного трансплантата осуществляется перфорированной полоской перчаточной резины и маленькими ватными шариками на шелковой нити - "якорьками". Шелковые нити выводятся через наружный слуховой проход. Удаляются "якорьки" и резиновая полоска обычно на 7-8-й после операции.

Результаты и обсуждения. Эта методика позволяет устранить большие (практические тотальные) дефекты барабанной перепонки и сохранить передний меато-тимпанальный угол.

При изучении отдаленных результатов предложенного метода хирургического лечения, примененного у 60 больных, отмечено приживление трансплантата в 94% случаев, а улучшение слуховой функции на 10-30 дБ в зоне речевых частот у 80% пациентов.

Литература

1. Попов, Д. В. О некоторых механических процессах в среднем ухе (к дискуссии о «барабанном протезе») / Д. В. Попов// Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1980. – № 6. – С. 48-51
2. Яшан, И. А. Функциональное значение барабанной перепонки и рычажного механизма барабанной системы при слухоулучшающих операциях / И. А. Яшан // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1981. – № 4. – С.59-64
3. Packer, P. What's besting myringoplasty : under lary or overlay, dura or fascia? / P. Packer, A. Mackendrick, M. Solar // J. Laryngol. Otol. – 1982. – Vol.96, N 1. – P. 25-41.